

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

299

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Juillet 1886, à 1 heure,

PAR QUINQUETON

Né à Paris, le 24 mai 1856

DE L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME

DIFFICULTÉ DANS CERTAINS CAS DU DIAGNOSTIC

ENTRE CETTE AFFECTION ET LA PHTHISIE PULMONAIRE AU DÉBUT

Président : M. LE FORT, professeur.

Juges : MM. { PAJOT, professeur,
CAMPENON, JOFFROY, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

—
1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUTIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHET.
	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Aibert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE FORT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR BLACHEZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital Necker.
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR GOMBAULT

Médecin de l'hôpital Beaujon.
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR BLUM

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien des hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR DANLOS

Médecin de l'hôpital Tenon.

DE

L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME

DIFFICULTÉ DANS CERTAINS CAS

DU DIAGNOSTIC ENTRE CETTE AFFECTION ET LA
PHTHISIE PULMONAIRE AU DÉBUT

AVANT-PROPOS

Pendant le temps de notre externat à l'hôpital Beaujon, nous avons eu à observer dans le service de notre maître, M. le Dr Gombault, deux cas intéressants d'hystérie compliquée d'hémoptysie. Cela nous a suggéré l'idée de rechercher si l'on ne pouvait pas confondre l'hystérie avec l'hémoptysie, avec la phthisie au début.

Pour arriver à ce but, nous avons fait des recherches et nous avons reconnu que le diagnostic de ces deux affections n'avait pas été traité d'une manière complète, et n'avait été, en un mot, que signalé. Aussi avons-nous eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous commencerons par dire quelques mots sur l'hystérie de l'hystérie, puis, après avoir passé rapidement en revue l'étiologie, les symptômes, nous ferons le diagnostic entre l'hystérie et la tuberculose au début. Nous donnerons les indications sommaires du traitement.

Enfin nous terminerons notre travail par l'exposé de nos observations et nous tirerons nos conclusions.

HISTORIQUE

L'hystérie chez l'homme était complètement inconnue des anciens. Ils voulaient tous rapporter les accidents hystériques à un état spécial de l'utérus, de là le nom d'hystérie donné à cette affection. Pour eux la boule hystérique était produite par l'utérus remontant jusqu'à la gorge.

Cette théorie a été acceptée par Hippocrate, Galien et tous les autres médecins qui les ont suivis.

Au xvi^e siècle, Charles Lepois a protesté contre la localisation utérine de cette névrose.

Malheureusement les travaux si nombreux et si considérables qui se sont succédés depuis Charles Lepois n'ont pu faire complètement disparaître la théorie galéno-hippocratique et empêcher beaucoup de médecins de l'époque actuelle de croire encore

qu'il existe une corrélation nécessaire entre le développement de l'hystérie et un fait morbide, sinon de l'utérus, au moins d'un des organes génitaux, et en particulier des ovaires.

En somme la théorie hippocratique n'est changée en rien par cette nouvelle interprétation, et, comme dit Bernutz (1) : « la question reste la même au fond, soit que l'on accepte avec l'antiquité, comme Loyer-Villermay, que l'hystérie a pour point de départ l'utérus non satisfait dans ses désirs, avec Dubois (d'Amiens), Foville qu'elle consiste dans une névrose de la matrice, enfin avec Pujol et l'école physiologique qu'elle est due à une irritation symptomatique d'une métrite chronique, soit que l'on admette que cette névrose a pour point de départ les ovaires, et constitue, suivant Astruc, Négrier, Piorry, etc., etc., une névrose de ces organes. Elle n'est de même que bien peu modifiée, soit que l'on croie avec Robert Lee, que l'impression morbide, transmise par l'utérus et les ovaires à l'aide des anastomoses nerveuses, produit directement le spasme œsophagien d'abord et les convulsions générales ensuite, soit que l'on admette avec Rombert et Schuzemberger qu'elle ne les suscite que secondairement par action réflexe de la moelle. »

Depuis Charles Lepois, on a fait justement beaucoup d'objections à ces théories qui ne sont que des

(1) Bernutz. Article hystérie. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, 1874.

modifications insignifiantes de la grande théorie des médecins anciens. Les recherches de M. Briquet (1) et de Georget (2) sont venues pendant quelques années jeter un jour nouveau sur cette question.

Avant Briquet et Georget, MM. Brachet (3) et Landouzy (4) ont, par leurs travaux, contribué à l'éclaircissement de divers points de l'histoire de l'hystérie. Pour M. Briquet, l'hystérie a pour siège l'encéphale et peut exister en dehors de toutes lésions utérines, en général de tous les organes de la génération. Malheureusement, quelques années après, M. Chairon (5) est venu faire revivre la théorie ovarienne de l'hystérie.

De nos jours, tous les observateurs sont d'accord pour admettre que l'hystérie est le résultat d'une modification de l'ensemble du système nerveux, et que ses conditions pathologiques ne sont nullement créées par des lésions organiques ou fonctionnelles des organes de la génération. Nous n'insisterons pas plus longuement sur l'histoire de l'hystérie qui a été très bien traitée par quelques auteurs, et en particulier par M. Bernutz (6) dans l'article qu'il a consacré à

(1) Briquet. Traité de l'hystérie, 1859.

(2) Georget. Article Hystérie du Dictionnaire en trente volumes.

(3) Brachet. Traité de l'hystérie, 1847.

(4) Landouzy. Traité de l'hystérie, 1848.

(5) Chairon. Hystérie, nature des phénomènes (Bull. de l'Acad. de méd., t. XXXIV, p. 736). — Etude clinique sur l'hystérie. Paris, 1870.

(6) Bernutz. Loc. cit.

cette névrose dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, auquel article nous avons emprunté quelques passages, comme on a pu le voir plus haut.

Nous ne voudrions pas terminer cet historique sans citer le nom de M. le professeur Charcot, qui, par ses nombreux et éminents travaux, a contribué d'une manière si large à la connaissance des affections nerveuses en général et de l'hystérie en particulier. Nous citerons également les noms de Richer (1), MM. Bourneville, D'Olier (2), Féréol (3) et Debove (4) qui tous se sont occupés très activement de l'hystérie en général et ont contribué à faire connaître d'une manière plus approfondie l'hystérie chez l'homme.

ÉTIOLOGIE

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Le sexe féminin est plus disposé à l'hystérie que le sexe masculin. Pourtant de nos jours les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'hys-

(1) Richer. Etude descriptive de la grande attaque d'hystérie ou attaque hystéro-épileptique et de ses principales variétés. 1879.

(2) D'Olier. Annales médico-psychologiques, sixième série, tome VI, 1885.

(3) Féréol. Revue médicale française et étrangère, décembre 1885.

(4) Debove. Revue médicale française et étrangère, décembre 1885.

térie chez l'homme est relativement assez fréquente. M. D'Olier (1) nous dit dans son mémoire qu'à Bicêtre, dans un service de 234 malades du sexe masculin, 222 sont épileptiques et idiots et 12 sont hystériques. Cette proportion de près de $1/20$ d'hystériques paraîtra sans doute très considérable, si l'on songe que l'hystérie chez l'homme est encore considérée aujourd'hui comme très exceptionnelle. M. D'Olier nous fait également un rapprochement des chiffres relevés à Bicêtre de ceux que donne Beau (2) à propos de la Salpêtrière. Cette statistique est très intéressante au point de vue de l'influence du sexe sur la production de l'hystérie. Sur 279 malades, il y avait 209 épileptiques, 19 hystériques, 13 cas douteux et 32 hystéro-épileptiques, soit au total un maximum de 64 hystériques sur 279 malades, c'est-à-dire un peu moins d'un quart. Ainsi, toutes choses établies, égales d'ailleurs, l'on peut voir que le rapport de fréquence de l'hystérie d'un sexe à l'autre serait de $1/4$ à $1/20$, soit sensiblement 1 homme hystérique pour 5 femmes. L'hystérie chez l'homme comme chez la femme s'observe principalement de 20 à 35 ans. Avant et après cet âge, cette affection est très rare. Certains médecins, tant de l'antiquité que modernes, ont considéré la continence comme une cause procréatrice, nécessaire, pour

(1) D'Olier. Loc. cit.

(2) Beau. Recherches sur l'épilepsie et l'hystérie. Archives générales de médecine, 1836.

ainsi dire, de l'hystérie. De nos jours, cette cause ne peut plus être regardée comme une condition indispensable à cette névrose. Nous dirons même plus, elle ne peut pas engendrer cette maladie ; quand elle la suscite, ce n'est qu'indirectement. En effet, si l'on observe des hystériques ayant contracté cette affection par la continence, on en observe un plus grand nombre l'ayant contracté par l'abus des plaisirs vénériens. Une des causes principales de l'hystérie, celle que, d'après tous les auteurs, on doit reconnaître comme la cause primordiale, c'est l'hérédité. En effet, il ne suffit pas de connaître les antécédents personnels d'un individu pour le déclarer hystérique, il faut plus, il faut savoir si son père, sa mère, ses frères, ses sœurs, ses grands-parents en un mot, ont été atteints d'une névrose quelconque. Cela est d'un fait capital, car l'on a observé que des grands-pères et des grand'mères fous ont eu des petits-enfants hystériques, des pères et mères nerveux ou dépravés avoir des enfants hystériques. Il est donc d'une nécessité absolue de connaître les antécédents exacts de la famille. Cela n'est pas toujours facile, mais le praticien doit faire tous ses efforts pour avoir des renseignements aussi exacts que possible, car l'on verra que, de la connaissance des antécédents les plus reculés de la famille, dépend le diagnostic d'affections graves ayant pour ainsi dire les mêmes caractères.

Après l'hérédité, qui occupe la première place dans l'étiologie, viennent les influences morales,

lesquelles jouent un rôle assez grand dans la production de l'hystérie. En effet, on voit les hystériques du sexe masculin ressembler par certaines dispositions physiques au sexe féminin. Ces dispositions peuvent être originelles ou développées par les mauvaises conditions dans lesquelles s'est passée l'enfance.

En effet, nous voyons certains hystériques avoir un aspect féminin. La figure est imberbe, douce, les goûts sont ceux d'une femme. Ils détestent de faire les gros et rudes ouvrages et aiment mieux tenir l'aiguille que le marteau. Dans ce cas, ils sont doués d'une sensibilité exceptionnelle qui leur permet de percevoir trop vivement les impressions. Pourtant, on est loin de rencontrer cette physionomie chez tous les hystériques, car, comme nous le verrons plus loin, on trouve l'hystérie chez des hommes forts, robustes et se livrant à des travaux très durs.

Klein, dans sa thèse (1), a constaté que ce ne sont pas les professions que choisiraient des hommes ayant une constitution physique et des goûts de femme, qui fournissent le plus grand nombre de malades. Un grand nombre d'entre eux exercent, en effet, des états qui exigent une grande dépense d'énergie physique ou de forces intellectuelles. Il constate, en outre, que l'hystérie est beaucoup plus commune chez l'homme des classes élevées et intelligentes de la société que dans les classes inférieures

(1) Klein. De l'hystérie chez l'homme, 1880.

et dans les métiers où l'homme est réduit à l'état de manœuvre.

D'après ses recherches, la profession qui fournit le plus d'hystériques, toutes proportions gardées, c'est la profession militaire.

On s'est souvent demandé si certaines professions pouvaient créer une prédisposition à l'hystérie.

M. Petit (1), dans sa thèse sur l'hystérie chez l'homme, a consacré tout un chapitre aux hystéries symptomatiques ; nous n'entrerons pas ici dans ces détails, qui pourraient nous entraîner trop loin. Certains auteurs, comme nous l'avons vu dans le court résumé de l'historique de la question, ont voulu rapporter la cause de l'hystérie chez l'homme, comme chez la femme, à une lésion d'un des organes génitaux. Cette opinion est fausse, cette affection se rencontrant le plus souvent chez l'homme n'ayant aucune lésion des organes génitaux.

CAUSES DÉTERMINANTES

Toutes les impressions pénibles, vives, qu'elles soient physiques ou morales, peuvent être généralement prises pour une des causes déterminantes de l'hystérie, mais deux conditions sont nécessaires. Il faut : 1° que le sujet qui les perçoit soit prédis-

(1) Petit. Thèse inaugurale, 1875.

posé à cette névrose par un nombre plus ou moins considérable des causes que nous venons d'analyser; 2° qu'il soit doué particulièrement d'une impressionnabilité excessive.

Les peines morales et certaines affections peuvent avoir une influence très grande sur le développement de l'hystérie. Un homme très impressionnable voyant tomber une autre personne dans une attaque d'hystérie, peut facilement, s'il est prédisposé, contracter le germe de cette affection et avoir une attaque hystérique.

Du reste, on a constaté plus d'une fois des épidémies d'hystérie. Vieri (1) rapporte, « que les enfants de l'hospice d'Amsterdam furent pris de convulsions et vomissaient des clous, des aiguilles, des étoupes qu'ils avaient avalés à l'insu de tout le monde; d'après Favrat (2), un religieux étant tombé en catalepsie pendant l'office divin, alors qu'il disait en s'agenouillant : *Consummatum est*, un de ses collègues voulant le remplacer fut pris du même mal, au même moment et en prononçant les mêmes paroles. Tel est également le cas du Père Surin, qui, à force d'exorciser, se sentit lui-même possédé par le diable et présenta tous les signes que l'on reconnaissait alors à la possession; citons, enfin, dans un ordre d'idées communes, la toute récente épidémie de

(1) Vieri. Cité par Calmeil (de la folie au point de vue historique), 1845.

(2) Favrot. Thèse, 1844.

tétanie, dans une école de Gentilly, dont M. Jules Simon (1) a rapporté l'histoire. »

SYMPTOMATOLOGIE

L'hystérie, chez l'homme comme chez la femme, présente deux sortes de symptômes : 1° les attaques ; 2° les phénomènes que l'on observe dans l'intervalle des attaques.

Les attaques n'offrent jamais une marche régulière permettant de les décrire d'une manière uniforme. Elles peuvent même manquer. La forme que l'on rencontre le plus souvent chez l'homme, c'est l'attaque frustre.

Forme convulsive. Nous étudierons d'abord, d'une manière succincte, la forme convulsive de l'hystérie, qui est l'expression la plus commune mais surtout la plus complète de la maladie.

Les symptômes que l'on observe dans la forme convulsive sont : 1° les prodromes ; 2° les symptômes de l'attaque elle-même.

Prodromes. — Les malades présentent une mobilité extrême dans le caractère, une grande impatience, des idées tristes ; ils se mettent à pleurer sans raison et quelques instants après ils sont pris d'un fou rire

(1) Jules Simon. Épidémie de tétanie de Gentilly. Progrès médical, 1875.

sans motif. Ils éprouvent de l'insomnie, des hallucinations, des rêves effrayants. Ils ont des inquiétudes, des fourmillements, de l'agitation des membres, des sortes de spasmes. Ils ont tantôt des frissons vagues, tantôt une chaleur brûlante alternant avec un froid glacial des extrémités, de l'oppression, mais surtout des troubles gastriques. Cet état peut durer de quinze jours à un mois, ou, pour mieux dire, peut durer jusqu'à ce qu'une cause, quelquefois insignifiante, vienne faire éclater les signes prodromiques de l'attaque. A ce moment, les malades sont généralement tout troublés pendant les quelques instants qui s'écoulent avant l'attaque. Ils se plaignent d'une céphalalgie intense, d'étourdissements, d'étouffements, de palpitations. Ils ont de l'agitation des membres, des bouffées de chaleur à la figure, une sensation de froid glacial des extrémités. Ils sont en proie à une sensation d'angoisse et d'oppression de l'épigastre. Au bout d'un temps plus ou moins long, à l'oppression épigastrique vient se joindre un sentiment de strangulation. A ce sentiment de strangulation succède, après quelques minutes de durée, la sensation d'une boule, qui monte de l'épigastre à la gorge, et caractérise le début de la convulsion hystérique.

Nous n'entreprendrons pas de décrire ici l'attaque vulgaire d'hystérie convulsive, ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé ; nous ne ferons que résumer en quelques lignes les phénomènes qu'on observe pendant cette attaque.

La description de cette attaque a été faite d'une manière remarquable par MM. Charcot et Richer (1).

L'attaque est presque toujours diurne.

En général, l'attaque débute par un sentiment de strangulation, par la montée de la boule. A ce moment, les malades poussent un ou plusieurs cris, lesquels peuvent durer pendant toute l'attaque; quelquefois pourtant le cri peut manquer. Le cri annonce la perte subite de connaissance: Alors le malade tombe à terre, mais non partout indifféremment. Au début de l'attaque, la perte de connaissance n'est pas toujours complète.

Au moment où le cri hystérique se produit, la suffocation paraît à son summum; le sentiment de suffocation est si grand que les malades ne peuvent plus avaler et qu'ils portent la main au cou; que souvent ils se lacèrent, comme pour en arracher l'obstacle qui les empêche de respirer.

En même temps, la face et les membres sont pris de convulsions violentes, si violentes parfois que plusieurs personnes sont nécessaires pour maintenir le malade. L'abdomen est météorisé et l'intestin est agité de mouvements bruyants.

En général, l'accès convulsif se termine presque toujours par des rires, ou des larmes, ou du sommeil, ou encore par une émission d'urine limpide, incolore. La durée de l'attaque varie de quelques minutes à plusieurs heures. L'attaque ne se présente pas

(1) Charcot et Richet. Loc. cit.

Quinqueton.

toujours sous cette forme ; nous allons passer rapidement en revue les différentes formes qu'elle présente :

1^o *Forme vaporeuse*. L'attaque hystérique chez l'homme peut être frustrée et, comme nous l'avons dit plus haut, cela est très fréquent. Dans ce cas, les prodromes et tous les phénomènes qui accompagnent l'attaque existent ; mais l'accès convulsif manque ou se réduit à quelques contorsions.

A l'appui de ce que nous avançons, nous citerons quelques exemples qui nous ont été fournis par la thèse de M. Klein (1). Ainsi, il nous présente un malade observé par Bruillard, chez lequel on ne constatait que des nausées, des éructations, des bâillements, des sensations de strangulation, des sanglots accompagnés de raideur des membres et suivis de larmes abondantes.

Il nous cite encore un exemple qu'il tire de l'observation de Scipion Pinel (2). Le malade de Scipion Pinel ressentait la montée de la boule qui, arrivée à la gorge, déterminait des menaces de strangulation, et qui était toujours au moment des accès sur le point de perdre connaissance sans la perdre jamais.

2^o *Forme choréique*. On a signalé une forme choréique chez les hystériques. MM. Germain Sée (3),

(1) Klein. Loc. cit.

(2) Scipion Pinel. Traité de pathologie cérébrale.

(3) Germain Sée. De la chorée et des affections nerveuses en général. Mémoire de l'Académie de médecine, extrait, 1851.

Briquet (1), Bernutz (2), se sont occupés d'une manière très active de cette question. M. Charcot (3) a publié, il y a quelques années, quelques observations de chorée hystérique, l'une simple, l'autre rythmique.

M. Chambard (4) dans sa thèse en a donné quelques exemples. Nous n'entreprendrons pas ici de décrire la distinction qu'a faite M. Germain Sée (5), puis, après lui, MM. Briquet (6) et Bernutz (7), entre la chorée hystérique et la chorée vulgaire, cela nous entraînerait trop loin, seulement nous dirons que l'on rencontre chez les hystériques la plupart des formes de la chorée vraie ou fausse : forme rythmique, rotatoire, saltatoire, etc.

M. Klein (8) nous fournit des exemples très remarquables qu'il emprunte à Bonnemaïson (9). Le premier exemple est celui d'un homme de 60 ans, ayant comme antécédents une mère hystérique et un frère hypochondriaque.

« Cet homme, très impressionnable et hypochon-

(1) Briquet. Loc. cit.

(2) Bernutz. Loc. cit.

(3) Charcot. De la chorée rythmique hystérique, Progrès médical 1878, et iconographie photographique de la Salpêtrière.

(4) Chambard. Thèse.

(5) Germain Sée. Loc. cit.

(6) Briquet. Loc. cit.

(7) Bernutz. Loc. cit.

(8) Klein. Loc. cit.

(9) Bonnemaïson. Archives générales de médecine, 1875.

driaque lui-même, avait des accès caractérisés par des cris, des aboiements involontaires, des mouvements rythmiques des doigts et des mains, en même temps que des paroles, toujours les mêmes, s'échappaient involontairement de sa bouche. »

Un autre exemple, qu'il emprunte également à Bonnemaison (1), est celui d'un officier âgé de 45 ans, qui présentait des accès de chorée *festinans* et laryngée, mais accompagnés d'impulsions violentes : « il criait, hurlait, aboyait, courait droit devant lui, brisant tout ce qui lui tombait sous la main, pour échapper, disait-il, à l'atroce douleur qu'il ressentait aux yeux et à la tête, et dont l'apparition servait toujours de prélude à chacune de ses crises. »

3° *Formes somnambuliques et extatiques*. L'hystérie peut se présenter sous les formes somnambuliques et extatiques d'une manière presque identique chez l'homme comme chez la femme. Nous n'entreprendrons pas de décrire ici ces formes, cela nous entraînerait dans des détails trop longs. Nous citerons, en passant, les noms de quelques auteurs ayant traité la question à fond, et que nous conseillons de lire à ceux qui voudraient la connaître d'une manière approfondie.

Ces auteurs sont : MM. Dubois (2), Burdin De-

(1) Bonnemaison. Loc. cit.

(2) Dubois d'Amiens et Burdin. Histoire académique du magnétisme animal, 1841. — Dubois d'Amiens. De l'hypochondrie et de l'hystérie, 1837.

chambre (1), Chambard (2), Richet (3), Heidenhain (4), etc. Nous ne ferons que constater un fait, qui est le fruit de la lecture des auteurs que nous venons de citer, c'est que l'on peut, en hypnotisant le malade, faire disparaître certains accidents hystériques, tels que paralysie complète ou incomplète, roideur articulaire, etc.

Généralement la forme somnambulique est souvent accompagnée de la forme extatique. Cette forme extatique prend très souvent le caractère religieux, comme nous en avons trouvé de nombreux exemples en parcourant certains traités de maladies mentales du moyen-âge et celui de Calmeil en particulier.

4° *Formes cataleptiques et démoniaques.* En dernier lieu, nous signalerons les formes cataleptiques et démoniaques. Ces formes, très communes autrefois, par suite des préoccupations religieuses, sont plus rares aujourd'hui. Les convulsionnaires des Cévennes et de Saint-Médard, les paysans des Morzines, à une époque plus récente, nous fournissent un grand nombre de faits d'hystérie dans les deux sexes, accompagnés de phénomènes extatiques, cataleptiques et de délire religieux. De notre temps on rencontre assez souvent des hystériques présen-

(1) Dechambre.

(2) Chambard. Cas d'hystérie avec somnambulisme. Revue mensuelle, 1879.

(3) Richet. Du somnambulisme provoqué. Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1875.

(4) Heidenhain. Der sogmaniste thierische magnetismus. Leipzig, 1880.

tant ces phénomènes, surtout le délire religieux, source de bien des miracles.

Maintenant que nous avons décrit les symptômes prodromiques de l'attaque hystérique, l'attaque elle-même et les différentes formes que peut présenter l'hystérie, nous allons examiner brièvement les symptômes de l'intervalle des attaques qui caractérisent seuls l'hystérie sans attaque. Ces symptômes sont d'une grande importance, car ce sont eux qui constituent le fond même de la maladie. En effet, on peut voir non seulement ces symptômes exister seuls pendant des années, mais encore ils peuvent persister indéfiniment. Les hystériques présentent une impressionnabilité excessive à toutes les impressions physiques, mais surtout psychiques ; ils sont incommodés par la lumière, tressaillent au moindre bruit. On a vu le parfum d'une fleur les faire évanouir. Ils ont un caractère vif, violent, irritable, changeant, susceptible ; ils s'offensent généralement de tout. On en rencontre assez souvent ayant un caractère doux et sensible. Les hystériques peuvent être stupides ou intelligents et même très intelligents. En général, ils sont indécis et manquent de volonté.

Ils se plaignent de douleurs épigastriques. Elles sont généralement dues à l'hypéresthésie cutanée de la région épigastrique. Les douleurs s'exaspèrent au moindre frottement. La plupart du temps l'hypéresthésie cutanée est conjointe à l'épigastralgie.

L'épigastralgie s'observe isolée chez bon nombre

de malades, mais le plus souvent elle est associée à de la gastralgie.

Il existe aussi chez les hystériques de la rachialgie qui résulte de l'hyperesthésie d'un ou de plusieurs muscles du dos. Elle occupe généralement un certain nombre d'apophyses épineuses et la partie correspondante, soit des deux gouttières vertébrales, soit, ce qui est le plus fréquent, de l'une d'elles et de préférence, la gouttière vertébrale gauche. Elle peut avoir une intensité très variable et augmentée par la pression et les mouvements exécutés par les muscles hyperesthésiés.

La pleuralgie est très fréquente chez les hystériques. Elle est presque toujours liée à la rachialgie.

Nous allons nous occuper maintenant, d'une manière brève des troubles de la sensibilité et de la contractilité. En premier lieu, nous trouvons l'anesthésie qui peut être générale ou partielle; le plus souvent elle est partielle et occupe, soit la moitié du corps, surtout la moitié gauche, soit quelques points seulement.

Lorsque l'anesthésie est portée à son plus haut degré, elle occupe, non seulement la peau, mais les muscles et même les os.

En général, l'anesthésie la plus fréquente est celle qui est limitée à une partie plus ou moins étendue, souvent très restreinte, soit de la peau du corps ou des membres et n'intéressant qu'elle, soit d'une des muqueuses plus ou moins exposées au contact de l'air et coïncidant ou non avec l'anesthésie cutanée.

L'anesthésie peut débiter brusquement ou lentement et graduellement. Quand l'anesthésie est légère, elle peut passer rapidement; quand, au contraire, l'anesthésie est très étendue, elle est très tenace.

En second lieu, nous rencontrons chez les hystériques une paralysie réflexe de l'épiglotte qu'on a rapportée à l'anesthésie de la muqueuse de l'isthme du gosier. Cette anesthésie permet d'explorer la gorge avec le doigt, sans provoquer d'envie de vomir. C'est ce dont on pourra se rendre compte en lisant l'observation II.

Nous allons parler, en troisième lieu, de l'hyperesthésie, dont nous venons d'avoir un bel exemple devant les yeux. Il s'agit d'un homme qui ressent des douleurs d'une intensité excessive, tantôt dans le dos, tantôt dans les bras et les jambes, tantôt dans les articulations. Quand on touche ce malade sur une partie hyperesthésiée, il pousse des cris déchirants et aurait facilement une attaque.

L'hyperesthésie peut avoir pour siège tous les organes auxquels se distribuent les nerfs de la vie de relation : la peau, les muscles, les articulations, les nerfs, les différents organes des sens, les bronches, l'estomac, les intestins, les reins, la vessie, enfin les organes génitaux.

Nous ne pouvons pas signaler ces hyperesthésies sans nous arrêter un peu sur l'hyperesthésie des articulations ou arthralgie. Cette forme a été signalée

en premier lieu, par F. Hoffmann (1) et Sir Brodie (2), en Angleterre, a appelé tout particulièrement l'attention des médecins sur elle.

Cette arthralgie est généralement mono-articulaire et a le plus ordinairement pour siège la hanche et le genou.

Cette affection débute presque toujours brusquement : tantôt sans causes appréciables, tantôt après une chute, un coup porté sur l'articulation. La douleur à laquelle elle donne lieu est ordinairement très violente et lancinante. L'arthralgie hystérique peut disparaître brusquement. D'après ce court exposé, on voit qu'il est facile de confondre l'arthralgie hystérique avec la tumeur blanche ; nous dirons même que, dans certains cas, le diagnostic en est très difficile.

Au point de vue de l'hyperesthésie des organes génitaux, nous dirons que les hystériques hommes ont généralement une sensibilité excessive des testicules, principalement du testicule gauche. Devant ce fait il était naturel de rechercher si, en comprimant les testicules, on n'arriverait pas arrêter les attaques.

Beaucoup d'observateurs, se basant sur les résultats obtenus en comprimant les ovaires, ont com-

(1) P. Hoffmann. De morbis hyteric et hypoc. Halle, 1733, t. III, sect. I, chap. III. De morbo hysterico.

(2) Sir Brodie. Des affections nerveuses locales. Leçons traduites par Douglas Aigre. Progrès médical, 1880.

primé les testicules et sont arrivés à des résultats probants.

Ainsi Foët (1), en comprimant le testicule gauche, fait disparaître les attaques presque subitement. La compression d'un des testicules arrêta également les attaques chez un hystérique observé par Breuillard (2); il en était de même chez un malade de Maricourt.

On constate encore chez les hystériques des convulsions permanentes en dehors des attaques, des tics, des paralysies et des contractures passagères ou permanentes.

On observe aussi du délire dans l'intervalle des attaques, des accès d'aliénation mentale symptomatiques de la névrose; puis de la galactorrhée, du ptyalisme, de l'anurie, etc; enfin divers troubles généraux, tels que des hémorrhagies fréquentes et une fièvre toute particulière, imitant parfois les fièvres intermittentes vespériennes.

Nous ne ferons que signaler les symptômes, le cadre de notre travail étant trop restreint pour entrer dans des détails. Pourtant nous insisterons sur le symptôme hémoptysie qui, joint à certains symptômes peut embarrasser le praticien. Les hémoptysies sont très fréquentes chez les hystériques. Elles peuvent être plus ou moins abondantes, elles peuvent varier depuis plusieurs crachats sanguins, comme on

(1) Foët. Gazette hebdomadaire, 1874.

(2) Breuillard. Thèse inaugurale.

peut le voir dans l'observation de M. Voisin, que nous reproduisons plus loin, jusqu'à un verre et même plus, comme nous le voyons dans les observations I et II.

Ces hémoptysies, comme nous le constatons dans les observations des malades que nous avons eu la chance de rencontrer, ne reparaissent pas à des époques régulières et fixes. Le sang expectoré est ordinairement d'un rouge vif, liquide, spumeux, par suite de son mélange avec l'air. Cependant, il ne faudrait pas attacher trop d'importance à ces caractères, qui sont loin d'être constants; lorsque le sang a séjourné un certain temps dans les bronches et surtout dans le poumon, il est noirâtre, en grande partie coagulé, quelquefois même ocreux; c'est le cas du malade de M. Voisin (1).

L'hémoptysie, dans cette affection, comme de coutume, ne cesse jamais brusquement; d'ordinaire, et alors même que le flux sanguin peut être considéré comme terminé, on voit persister pendant quelques jours une expectoration de crachats sanguins de plus en plus altérés. Cette altération des crachats sanguins indique que les voies aériennes se débarrassent peu à peu du sang qui a séjourné et a subi les transformations propres au sang épanché hors des vaisseaux.

(1) Voisin. Archives de neurologie, n° 29, volume X, 1885.

DIAGNOSTIC

ENTRE L'HYSTÉRIE ET LA PHTHISIE PULMONAIRE A SON DÉBUT

Devant ce symptôme hémoptysie et pour peu que l'on ne connaisse pas à fond les antécédents de son malade, il est facile de prendre l'hystérie pour un début de phthisie. Et cela est d'autant plus facile, que l'hémoptysie hystérique s'accompagne de plusieurs phénomènes pouvant embarrasser le praticien.

En effet, les malades atteints d'hystérie peuvent être dans un état d'anémie assez sérieux. Ils peuvent être maigres, pâles. Ils ont une toux sèche, irritante, continue, ne leur laissant pas un instant de repos. Ils ont des étouffements et des palpitations de cœur au moindre exercice. On constate chez ces malades des troubles dyspeptiques semblables à ceux qui s'observent chez les tuberculeux.

De plus, les douleurs rachialgiques auxquelles les hystériques sont en proie, imitent celles que déterminent les pleurésies partielles occupant la partie supérieure de la poitrine, qui sont si fréquentes chez les phthisiques. On peut également rencontrer de la fièvre revenant par accès, accès ressemblant,

sous beaucoup de rapports, à ceux de la fièvre de consommation tuberculeuse. En outre, on peut constater des sueurs nocturnes, de l'insomnie, de la céphalalgie, de l'inappétence et une faiblesse croissante. L'embarras est encore plus grand quand, en auscultant les malades, on trouve sous les clavicules des râles sous-crépitants et un peu d'obscurité du murmure respiratoire.

A l'appui de cette assertion, nous citerons un passage de la thèse de M. Klein (1), dans lequel il résume une observation de M. Siredey (2).

« Un négociant, de 40 ans, bien constitué, exempt d'alcoolisme et d'excès génésiques, mais héréditairement prédisposé, puisqu'il a une mère, de 70 ans, encore en proie à des attaques hystériques, une sœur profondément hystérique et un frère épileptique, fut atteint, dès l'âge de 13 ans, d'attaque d'hystérie convulsive.

« A 30 ans, surviennent une toux incessante d'abord accompagnée d'expectoration sanglante, puis sèche, des sueurs nocturnes, de l'insomnie, de la céphalalgie, de l'inappétence et une faiblesse croissante. En voilà plus qu'il n'en fallait pour faire penser à un début de tuberculose pulmonaire. Tel fut l'avis de MM. Siredey, Trousseau et Rayer. M. Monneret, cependant, probablement mieux au courant

(1) Klein. Loc. cit.

(2) Siredey. Cité dans la thèse de Petit, 1875.

des antécédents du malade, diagnostique une toux nerveuse et un état catarrhal, sans tubercules.

« L'année suivante, les mêmes symptômes, après être amendés, reviennent avec une nouvelle intensité à la suite d'un revers de fortune, dont le malade s'était montré très affecté ; il s'y joint même quelques râles au sommet droit. Cet accès s'accompagne d'une profonde cachexie physique et morale ; le malade n'a plus aucun appétit, ses jambes s'œdématisent, une phlébite se déclare à l'une d'elles, l'amaigrissement devient squelettique et tout travail est désormais impossible.

« La phlébite de l'un des membres inférieurs et divers autres accidents, tels que névralgies intercostales, des palpitations de cœur sans lésions valvulaires, l'absence des lésions bien caractéristiques de tuberculose pulmonaire poussaient M. Siredey à abandonner le premier diagnostic, à attribuer les accidents dont souffre le malade à la diathèse goutteuse et à le traiter en conséquence. Mais voici les phénomènes nouveaux qui viennent compliquer singulièrement la situation.

« Ces phénomènes nouveaux sont des attaques qui se renouvellent pendant deux ans à des intervalles irréguliers. Le malade éprouve un malaise vague, une douleur violente au-dessous du sein droit et tombe dans un état syncopal ; pâleur livide, yeux fermés, céphalalgie violente ; il reste courbé en avant, faisant les plus grands efforts de respiration pour saisir l'air qui lui manque ; la respiration

est suspicieuse, haletante, entrecoupée de toux sèche et quinteuse, la peau est couverte d'une sueur froide, le pouls dépasse rarement soixante-dix ou quatre-vingts pulsations par minutes.

La durée de ces accès varie de quelques minutes à deux ou trois heures. Devant cette nouvelle phase de la maladie, M. Moissenet diagnostique, « un asthme goutteux, cardio-pulmonaire » et M. Bouillaud « une névrose complexe hystéro-épileptique ». Quelques jours après survinrent des phénomènes qui confirmèrent pleinement le diagnostic de M. Moissenet. Ce fut une anesthésie presque complète du petit doigt et du côté externe de l'annulaire (anesthésie du cubital), et un gonflement douloureux du gros orteil du pied gauche d'abord, puis du pied droit.

« Devant cette manifestation, dont la nature goutteuse ne pouvait être l'objet d'aucun doute, les phénomènes nerveux s'amendèrent notablement.

« Cette observation ne fut pas de longue durée, bientôt des attaques de syncope reparurent; le malade, pour calmer ses souffrances et obtenir un peu de sommeil, prit l'habitude de prendre de l'opium et arriva à des doses considérables, allant jusqu'à 2 g. 52 de chlorhydrate de morphine chaque jour. Il tomba rapidement dans une cachexie physique et intellectuelle extrêmement prononcée, dont une bonne part doit être rapportée au morphinisme; ce ne fût que lorsque l'on parvint, en l'épouvantant sur les conséquences de ce genre d'excès, à le faire renoncer à

la morphine, que son état général s'améliora un peu et que les fonctions digestives notamment devinrent plus satisfaisantes; il n'en fut pas de même des fonctions intellectuelles qui demeurèrent très affaiblies. »

Nous avons tenu à reproduire en entier ce passage de la thèse de M. Klein (1); car il nous montre combien il est difficile parfois de faire le diagnostic entre la tuberculose au début et l'hystérie, puisque des hommes aussi éminents que MM. Siredey, Trousseau et Rayet ont pu, un moment, confondre ces deux affections.

Nous voyons également, dans l'observation I, que nous produisons à l'appui de notre thèse, notre malade être réformé du service militaire comme phthisique et traité comme tuberculeux par un certain nombre de médecins.

Cela nous prouve combien il est nécessaire de bien connaître les antécédents, non seulement du sujet que nous avons à traiter, mais encore les antécédents de sa famille, car il n'y a qu'à l'aide de ces renseignements qu'il nous sera permis de poser un diagnostic juste et véritablement sérieux.

TRAITEMENT

Il est complètement impossible au praticien d'avoir un traitement fixe de l'hystérie. Cette affection étant

(1) Klein Loc. cit.

variable se présente tantôt sous une forme, tantôt sous une autre ; le traitement, en conséquence, varie à l'infini. On devra donc reconnaître d'abord la cause de l'hystérie et lui approprier un traitement spécial. Le plus souvent on devra combattre tantôt l'affection dans son ensemble, tantôt ceux des symptômes qui gênent le plus les malades, surtout ceux qui sont les plus opiniâtres.

L'état général, les maladies qui pourraient venir compliquer l'hystérie devront être traités en premier lieu, si le médecin s'aperçoit que cette névrose est occasionnée par cet état de choses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personlle).

(Hôpital Beaujon)

Le nommé D... (Albert), âgé de 24 ans, dessinateur, d'un tempérament faible et d'une constitution malade, entre le 6 janvier 1881, salle Beaujon, lit n° 9.

Ce malade est entré à l'hôpital le 6 janvier 1881, pour des battements de cœur, de la dyspnée et des crachements de sang.

Le père de ce malade est bien portant, pas alcoolique mais cependant est nerveux. Il a une bonne conduite.

La mère est très nerveuse et a eu à plusieurs reprises des crises de nerfs assez violentes. Malgré son tempérament, cette femme est une bonne mère de famille, ayant beaucoup d'or-

Quinqueton.

dre et prenant grand soin de son mari et de tous ses enfants.

La sœur est anémique et un peu nerveuse.

D.... est né à Paris et a toujours habité cette ville. Il a un tempérament maladif : à 6 ans il a eu la fièvre typhoïde. à 7 ans la scarlatine, à 19 ans une pleurésie, à 21 ans une angine couenneuse, et à 22 ans une bronchite aiguë.

D... est intelligent, mais paresseux. Il entreprend tout et n'achève rien. Dès son plus jeune âge, son père lui fait apprendre le dessin. A 19 ans, il quitte le dessin pour faire de la cordonnerie, puis plus tard quitte cette partie pour reprendre son métier de dessinateur.

A 21 ans, il part pour faire son service militaire. Il est réformé comme phthisique après quelques années de présence sous les drapeaux. En revenant à Paris il se fait acteur.

Actuellement il a repris son métier de cordonnier.

L'instinct sexuel est chez D... très développé ; ses premières relations avec les femmes remontent à l'âge de 15 ans.

Il n'a aucune cause de chagrin et lui-même ne se trouve pas malheureux.

Il y a un an, c'est-à-dire au mois de janvier 1880, Albert G... a été pris d'une contracture à la suite d'une commotion électrique, un jour d'orage. A ce moment, il a perdu connaissance, a eu une violente crise nerveuse qui a duré près d'une heure.

A partir de ce moment, le malade a ressenti des palpitations de cœur. Il est resté près d'un mois paralysé, ne pouvant plus parler. Il a eu des crachements de sang. Au bout de trois mois, il a été guéri.

Il y a deux mois, il a eu une nouvelle crise nerveuse, avec sensation d'une boule montant à la gorge et lui produisant l'effet d'un étranglement.

Dix jours après, nouvelle crise.

Etat actuel. — 6 janvier 1881, entrée à l'hôpital.

D... est petit, maigre. Il ne présente aucun vice de conformation. Son système pileux est bien développé, sa voix est grave. Ses organes génitaux sont ceux d'un homme qui a abusé des plaisirs vénériens; il a, en un mot, tous les attributs de la virilité.

La physionomie est douce et assez intelligente, quoique son front soit bas; sa mise est propre et recherchée, sa prononciation normale.

L'état mental de D... ne présente à première vue rien de bien particulier. Doux, assez intelligent, d'une instruction moyenne, il est incapable d'avoir une idée sérieuse, aimant mieux flâner que travailler; c'est un de ces individus sans aucune volonté, sans but en un mot.

Sensibilité. — Le contact, le frôlement, les chatouillements, les variations de température, la pression, même énergique, ne sont plus perçus dans le membre supérieur gauche. Le pincement et la distension brusque des ligaments sont faiblement perçus, la piqure est insensible.

L'ouïe, l'odorat et le goût sont égaux des deux côtés; mais la vue est trouble à gauche.

Motilité. — Il n'y a pas de paralysie du bras gauche.

Depuis quinze jours, les palpitations sont fortes. Il a de la dyspnée intense. Il est pris de crachements de sang assez abondants; la quantité de sang vomie peut être évaluée à un verre ordinaire. En examinant le poumon, on voit, à gauche, dans la fosse sous-épineuse, un bruit de souffle et des râles; sous la clavicule, un peu d'obscurité du murmure respiratoire.

Il y a une voussure de la région précordiale, l'impulsion cardiaque est forte, rien dans les urines, leur quantité est normale.

Il va régulièrement à la selle.

8 janvier. Les phénomènes stéthoscopiques sont les mêmes, sauf que le souffle pulmonaire a disparu.

Le 11. Le malade éprouve de violents étourdissements. Il a une dyspnée légère.

Le 12. Les bruits du cœur sont lents.

L'impulsion du cœur est ordinaire. Le pouls est petit et lent. Une diarrhée assez intense s'est manifestée. La dyspnée continue à être légère.

Le 13. Les bruits du cœur sont forts, un peu irréguliers. On observe de la contracture des extenseurs des doigts de la main gauche. Lorsque l'on arrive à vaincre la contracture par la flexion complète, le malade ne peut maintenir fléchies que les premières phalanges sur les métacarpiens.

Le 14. Les bruits du cœur sont moins tumultueux et moins fortement frappés. Il a encore des intermittences. Le pouls est petit et a perdu l'impulsion désordonnée qu'il avait hier. Il a les mêmes intermittences que le cœur.

Le 15. Les bruits du cœur sont réguliers. Le pouls est petit et régulier. La contracture des extenseurs persiste toujours et n'est pas vaincue par l'électricité.

Le 19. La contracture des extenseurs, qui n'existait qu'à la main gauche, s'est étendue à la main droite.

L'anesthésie du côté droit est complète. On lui enfonce une épingle dans la peau et il ne sent aucune douleur.

Le 20. Même état. Le cœur continue à battre régulièrement.

Le 24. Les palpitations de cœur sont plus fortes. La contracture persiste.

Le 26. La contracture des extenseurs de la main droite est moins forte. Celle de la main gauche continue. Le cœur va beaucoup mieux.

Le 27. Le cœur est calme. La contracture des extenseurs de la main droite a disparu.

Le 31. La contracture des extenseurs de la main gauche a presque complètement disparu. Le cœur est bien réglé.

1^{er} février. Le cœur est toujours bien réglé. La contracture a complètement disparu.

- Le 5. Le malade ressent une douleur à la pointe du cœur.
Les battements sont réguliers.
Pointes de feu à la région précordiale.
Le 14. Les battements de cœur sont plus forts.
Vésicatoire.
Le 16. Le malade sort de l'hôpital sensiblement amélioré.

OBSERVATION II (personnelle)

(Hôpital Beaujon)

Le nommé Dum..., âgé de 26 ans, tapissier, entre le 7 juin 1881 à l'hôpital Beaujon, salle Beaujon, n° 13.

Le père de notre malade était d'un tempérament sanguin; c'était un homme très robuste, n'ayant jmais été malade. A l'âge de 38 ans, il a eu une fluxion de poitrine. Il est mort d'un anévrysme à l'âge de 58 ans.

La mère est une femme d'une conduite irréprochable, mais très nerveuse; elle a eu plusieurs fois des attaques. Cette femme est sujette au rhumatisme.

Dum... est né à Paris et a toujours habité cette ville. Il est d'un tempérament très nerveux. Ce jeune homme a eu presque toutes les maladies de l'enfance. Il a eu de fortes convulsions à l'âge de 2 ans. Dum... est intelligent et courageux. Il a appris l'état de tapissier et a toujours continué ce métier.

L'instinct sexuel est chez Dum... peu développé, d'après son dire.

A 20 ans, au mois d'avril 1875, pendant son travail, il a été pris subitement d'une crise nerveuse avec sensation de boule, à la suite de laquelle ont apparu des vomissements de sang, vomissements qui ont reparu par intermittence pendant quelques jours. A partir de ce moment le malade a dépéri, est devenu d'une faiblesse excessive, n'a plus eu d'appétit et a eu de la fièvre le prenant par moments. Au

bout d'un certain temps, ces phénomènes s'amendent et le malade revient à la santé.

Un an après, en 1876, les mêmes phénomènes se représentent. Le malade est pris d'un chatouillement à la gorge qui le force à tousser d'une manière intense, et il vomit à ce moment la valeur d'un verre de sang en plusieurs reprises.

Au mois de juillet 1876, nouveaux vomissements de sang. Voici ce que le malade observe : il est subitement pris de tristesse, pleure, puis redevient subitement gai. Il ressent des vapeurs qui lui passent partout, puis une sensation de froid glacial. Cela dure quelques heures. A ces phénomènes succèdent une courbature assez forte et des maux de tête. La fièvre apparaît; l'appétit disparaît de nouveau. Il a des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement; il perd ses forces d'une manière notable. Il ressent un point de côté au-dessous de la clavicule gauche, un sentiment de douleur siégeant le long de la colonne vertébrale.

Les vomissements de sang durent peu et sont peu abondants.

Deux ans et demi après, en 1879, nouveaux vomissements de sang. Le malade est pris d'un grand froid aux pieds pendant toute la journée. Le soir après son dîner il sent comme une gêne à la gorge, il crache et remarque qu'il y a du sang dans ses crachats. Cinq minutes après qu'il est couché, le sang est vomi avec abondance. Le malade se lève et constate que la quantité de sang vomi est d'environ un quart de litre. Depuis cette époque, il n'a plus eu d'hémoptysie jusqu'au 3 septembre 1880, jour où il a eu un crachement de sang peu considérable. Le 4 septembre 1880, dans la nuit, le malade est réveillé tout d'un coup et a une nouvelle hémoptysie. Il a eu deux crachements de sang à une heure d'intervalle. La quantité du sang vomi est d'environ un verre et demi. Il ressent une violente douleur du côté gauche de la poitrine. Il met des sinapismes du côté gauche et prend un bain de pieds.

Cinq jours après, ce jeune homme est repris d'une nouvelle hémoptysie en travaillant. Le soir en se couchant et le matin en se levant nouvelles hémoptysies.

Depuis ce temps, le malade n'a pas eu d'accidents semblables, seulement il évite de faire des efforts et se couche la tête haute, de peur de voir l'hémoptysie reparaître.

Il éprouve depuis longtemps, par moments, une gêne et une douleur de l'estomac; une douleur au niveau du sein gauche, s'exaspérant par la fatigue, par le toucher et en se baissant.

La douleur de l'estomac et du sein gauche apparaît aussi après une émotion un peu vive. Le malade ne peut endurer d'avoir la poitrine serrée. La constipation est habituelle.

Dum... entre à l'hôpital le 7 juin 1881. Ce malade est de moyenne taille, assez maigre. Il ne présente aucun vice de conformation. Son système pileux est bien développé, sa voix est grave. Ses organes génitaux ne présentent rien de particulier.

La physionomie est douce et intelligente, le front est normal; sa mise est propre et un peu recherchée, sa prononciation normale.

L'état mental de Dum.. ne présente rien de particulier. Assez irritable, intelligent, ayant une instruction ordinaire, il a un caractère assez régulier et mène généralement ses idées à bien.

Sensibilité. Le contact, le frôlement, les chatouillements, les variations de température, la pression même légère sont perçus avec une grande intensité dans la région précordiale et sous-claviculaire. Il en est de même dans le tiers supérieur de l'épaule gauche. Dans le membre supérieur gauche, le pincement et la distension brusque des ligaments sont faiblement perçus, la piqûre est insensible. On peut impunément titiller la luelle, on ne provoque pas d'envie de vomir.

L'ouïe, l'odorat et le goût sont égaux des deux côtés; la vue est bonne.

Motilité. Il n'y a pas de paralysie. Depuis quelques jours, Dum... est pris d'une toux sèche, irritante, sans expectoration. La douleur qui existe au niveau du sein gauche et qui remonte jusque vers la clavicule est plus vive, elle est intolérable au toucher, au moindre mouvement et lorsque les vêtements frottent dessus. Il en est de même de la douleur qui existe au tiers supérieur de l'épaule gauche.

Le malade a maigri, mange peu, a de la fièvre qui le prend plusieurs fois par jour, à des intervalles peu fixes. Il a de l'oppression; à la percussion, on constate un peu de submatité sous la clavicule gauche.

A l'auscultation, on constate une diminution du murmure respiratoire et des râles sous la clavicule gauche. Légère hémoptysie, quelques crachats sanguins seulement.

Le cœur est hypertrophié; il bat précipitamment et fortement.

On ne trouve rien d'anormal dans les urines; leur quantité est normale.

9 juin. État stationnaire.

Le 11 juin. La dyspnée est moins forte. Les crachats sanguins ont disparu. La toux persiste toujours avec la même intensité.

Le 14 juin. La fièvre est un peu moins intense. Les accès ont reparu moins fréquemment.

Le 17 juin. La douleur qui siège au niveau du sein gauche et qui s'irradie vers la clavicule gauche, a diminué d'une manière assez notable pour ne plus incommoder le malade. La toux persiste. Les battements de cœur sont moins violents. Le malade mange un peu.

Le 21. Même état. La fièvre a légèrement augmenté d'intensité.

Le 26. La toux est moins forte. La fièvre a diminué. Les battements de cœur restent stationnaires. La sensibilité ne revient pas dans le bras gauche.

1^{er} juillet. Le malade est gai quoique ayant toujours un

peu de fièvre par instant. La toux diminue, ce qui le soulage beaucoup. Il continue à manger.

Le 3. Le malade est pris d'un grand ennui d'être à l'hôpital. Il en sort le 3 juillet. L'état est à peu près stationnaire.

Depuis sa sortie de l'hôpital, nous avons rencontré Dum... Il a continué à se traiter d'une manière très sérieuse et actuellement il ne se plaint d'aucun malaise, sauf de sa douleur du côté gauche de la poitrine qui reparaît de temps en temps. De ce moment, il a pris de l'embonpoint, n'a plus de fièvre et, d'après sa propre expression, il mange comme un ogre.

OBSERVATION III (empruntée à M. le Dr Voisin, médecin de Bicêtre).

Hystérie convulsive chez un jeune homme de 21 ans.

Phases classiques de la grande attaque; zone hystérogène. Arrêt de la crise par la pression des tendons. Catalepsie, somnation, aphasie provoquée; hémi-anesthésie cutanée et sensorielle. Personnalité alternante. Manie hystérique. Hystérie viscérale. Congestion pulmonaire et hémoptysies. Constipation opiniâtre. Vomissements et anorexie de longue durée sans dépérissement.

Le malade ne peut nous fournir de renseignements sur certaines périodes de sa vie, dont le souvenir lui échappe. Nous résumons ses antécédents d'après une observation déjà publiée.

Il est enfant naturel. Il a commencé par errer et mendier sur les chemins. Plus tard, il s'est fait arrêter pour vol et conduire à la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain, pour y être maintenu jusqu'à 18 ans. Il y travailla quelques mois à la terre; puis il tomba malade à la suite d'une frayeur (la vue d'une vipère), et fut transféré en mars 1880 à l'asile de

Bonneval avec un certificat médical ainsi conçu : « Accidents de nature épileptique datant du mois de mai 1879, paraissant périodiques de plus en plus graves. En plus, paralysie des membres inférieurs avec incontinence d'urine et de matières fécales.

Intelligence intacte.

A Bonneval, on constata la paraplégie avec atrophie des membres inférieurs et contracture. Le malade a cessé de gêter. On lui fait apprendre le métier de tailleur qui est compatible avec sa paraplégie. Il s'y met très bien, et reste deux mois sans avoir d'attaque.

En mai 1880, subitement un matin, il prend une violente crise d'hystéro-épilepsie. Quand il se réveille du sommeil qui suit l'attaque, la paraplégie a disparu. De plus, il a perdu le souvenir du temps qui s'est écoulé depuis que la paralysie l'a frappé. Il se croit à Saint-Urbain, veut retourner à la culture, ne se souvient pas d'avoir été paralysé, ne sait plus tenir son aiguille de tailleur, s'étonne des objets qui l'entourent.

Après de nombreuses épreuves pour dépister la simulation, les médecins de l'asile restent convaincus que sa personnalité lui échappe réellement pendant ces douze mois. Son caractère s'est modifié. Il était doux, docile. Jusqu'à sa sortie de Bonneval (avril 1881), c'est un malade indiscipliné et voleur.

Il continue à présenter quelques manifestations névrosiques, attaques convulsives, anesthésies, contractures passagères, etc.

En résumé, état prime, jusqu'en mai de 1879; de mai 1879 à mai 1880, état second coïncidant avec la contracture des membres inférieurs, et se terminant quand elle disparaît; après mai 1880, retour à l'état prime, amnésie des douze derniers mois, changement du caractère.

Durant les deux années qui suivirent la sortie de Bonneval, V...paraît avoir fréquenté les hôpitaux. Il parle de l'asile

de Vaucluse, de la Salpêtrière. Il aurait séjourné dans le service de Lasègue, et y aurait été hypnotisé, par M. de Beurmann.

Les certificats d'entrée à Bicêtre (août 1883) disent qu'il a été arrêté et condamné pour vol, et le représentent comme atteint d'insuffisance mentale avec épilepsie. Il est mis dans la section des valides et reprend son métier de tailleur.

D'août 1883 à janvier 1884, ses attaques sont assez rares, et observées seulement par les surveillants. D'après leur dire, elles ne ressembleraient pas aux attaques habituelles de haut-mal.

Le 17 janvier 1884, à huit heures du soir, il prend une crise plus violente. Le lendemain, il se plaint d'un point de côté à gauche. Il travaille pourtant ce jour-là et les suivants; mais le 19 au soir, il se sent oppressé et rend, en toussant, une assez forte quantité d'un sang rouge, bien ocré et provenant manifestement des voies respiratoires. Il est transporté à l'infirmerie de la section.

Le 20. A la visite, nous trouvons le malade, assis sur son lit, en proie à une anhélation considérable. R. 45. La voix est entrecoupée; le malade est effrayé de son état. L'hématose paraît bien se faire; pas de cyanose, ni de stase dans les jugulaires. Il y a plutôt polypnée que dyspnée.

Température et pouls normaux. Rien au cœur. Pas d'albumine. La percussion et l'auscultation donnent tous les signes d'une congestion pulmonaire intense, localisée au sommet droit.

Traitement : Ipéca à dose nauséuse.

Le 21, même état. Nouvelle hémoptysie.

Le 22. Le nombre des respirations a augmenté. Ce qui frappe le plus, c'est une hyperesthésie extrême de la paroi thoracique du côté gauche; le malade ne supporte pas le moindre frôlement à ce niveau. A l'auscultation, on a la sensation que donnent de petites inspirations très fréquentes et très superficielles. Pas de bruits adventices. Les signes

de congestion pulmonaire du sommet droit ont disparu ou ne sont plus perçus. Le malade ne se plaint que d'un point de côté atroce.

Le 22 soir. Même polypnée. Le malade est pâle, le front mouillé de sueurs froides, les traits tirés. Il ne répond plus aux questions, même par signes; le regard est fixe et sans expression. La température est normale. Il ne paraît plus souffrir quand on appuie sur son côté gauche, et ne réagit à aucune excitation. Tout à-coup, il cesse de respirer, il se renverse en arrière: son pouls est filiforme, les battements cardiaques s'affaiblissent.

La respiration artificielle le ranime au bout de quelques instants. Il se remet à respirer lentement et profondément; puis les mouvements d'extension thoracique s'accélèrent peu à peu et diminuent en même temps d'amplitude, ils deviennent rapides et superficiels et s'arrêtent de nouveau.

La même succession de phénomènes se reproduit pendant une heure environ. Chaque cycle respiratoire dure deux ou trois minutes environ. C'est un rythme qui n'a qu'une grossière analogie avec celui de Cheyne-Stokes. La période d'apnée ne se limite pas ici à quarante ou cinquante secondes; les mouvements d'inspiration ne reprennent pas spontanément. A chaque fois le pouls s'affaiblit et il semble à tous les assistants que, si l'on ne pratiquait l'hématose artificielle, la respiration s'arrêterait définitivement.

Deux injections d'éther raniment le malade. Pendant le reste de la nuit, il se tient assis sur son lit, anhéant et anxieux.

Le 23. Amélioration. Même polypnée.

La thoracalgie du côté gauche est redevenue aussi intense. L'exploration de la sensibilité générale et des sens spéciaux fait reconnaître une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète du côté gauche. On traverse la peau avec une forte épingle sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang. La piqure ne semble pas ressentie. Même insensibilité au frôle-

ment et à la température. Amblyopie de l'œil gauche; la vision à droite est normale; pas de dyschromatopsie. L'hémi-surdité gauche est complète, mais cette constatation reste sans valeur à cause de l'existence d'une otite moyenne ancienne de ce côté, avec perforation du tympan et écoulement abondant de pus par le conduit auditif externe. La moitié gauche de la langue, la narine du même côté paraissent aussi dénuées de sensibilité. Anesthésie pharyngienne.

Traitement : Application de deux forts aimants du côté de l'hémianesthésie. Injections dans l'oreille avec une solution alcoolique d'acide borique.

Soir. Même état. Sensation de constriction à la gorge.

Le 24. L'application des aimants est restée sans résultats. La dyspnée est beaucoup moins forte. La douleur spontanée du côté gauche a disparu. Mais la zone sous-axillaire d'hyperesthésie subsiste. La pression, légère à ce niveau, arrache des cris au malade; la pression forte détermine la crise d'hystéro-épilepsie. Pas de prodromes à l'attaque. Stade épileptoïde, puis grands mouvements, contorsions, arc de cercle. Crucifiment. Point de délire à la fin de cette première attaque. Sommeil. Hyperexcitabilité neuro-musculaire. Immédiatement après la crise, le malade reprend sa polypnée et sa thoracalgie gauche.

Le malade ne se souvient pas d'avoir été à Saint-Urbain, d'avoir travaillé à la culture. Il hausse les épaules quand on lui demande s'il a été paralysé, et semble croire qu'on se moque de lui. Il se souvient de Bonneval, et parle avec gratitude des médecins qui l'y ont soigné. On lui demande où il a fait son apprentissage de tailleur. Il ne sait que répondre. Sans doute sa mère lui aura appris à coudre quand il était petit.

Soir. Piqure de morphine au niveau de son point de côté. La douleur causée par l'aiguille détermine une attaque semblable à celle du matin. Au réveil, il ne se rappelle pas

qu'on vient de lui faire une piqûre. Il pleure et se plaint de son côté gauche. Pas d'autre zone hystérogène.

Le 26 et jours suivants. Contracture hémiplegique droite. Elle cède momentanément à la percussion des tendons, mais reparait presque aussitôt.

Le malade s'hypnotise par le regard avec une grande facilité, et la contracture s'évanouit immédiatement pour reparaitre avec la fin de la somnation.

L'ouverture d'un œil, puis des deux yeux, le met en hémicatalepsie d'abord, ensuite en catalepsie totale. L'occlusion des paupières ramène instantanément la résolution musculaire. Ces manœuvres sont toujours suivies d'une crise. On interrompt l'attaque convulsive par la pression du globe de l'œil, et le malade reste alors hypnotisé, pour reprendre sa crise dès que cesse l'état hypnotique.

Il faut qu'il ait sa crise complète avant de se réveiller. On peut lui morceler son attaque en l'hypnotisant plusieurs fois pendant son cours. Mais on ne peut pas l'arrêter définitivement. La fin de l'attaque est toujours marquée par des cris de douleur, et la contracture de tout le côté droit réapparaît avec le réveil. Les injections de morphine pratiquées pendant la crise au point même où il souffre n'empêchent pas la thoracalgie de reparaitre.

Dans ses périodes de somnambulisme provoqué, on le soumet facilement aux épreuves de suggestion habituelles. On le fait écrire, coudre, etc. On lui fait boire les vins les plus divers dans un gobelet vide, et on lui persuade qu'il est ivre; il chancelle et chante des refrains à boire d'une voix éraillée. On lui suggère qu'il va vomir; aussitôt ses traits se tirent, son visage pâlit et se mouille de sueur froide, et il vomit abondamment. On lui suggère qu'il a une blennorrhagie; aussitôt il prend son vase de nuit et se met à uriner avec difficulté, alléguant qu'il souffre horriblement, et se met à maudire la femme qui lui a donné cette maladie. Tout l'arsenal ordinaire des suggestions et des hallucinations provoquées

est ainsi mis en œuvre. Une fois réveillé, V., s'emporte contre ceux qui lui racontent, par exemple, qu'il vient de courir dans la salle alors qu'il se voit cloué au lit par sa contracture.

Le 10 février. Pour le convaincre, on le fait s'habiller en état d'hypnotisme, on lui ordonne de marcher, et on le conduit ainsi à une grande distance, dans le cabinet du chef de service. Là, il se met à parler, comme c'est sa coutume quand il est en somnation. Il se croit toujours à Saint-Urbain, cause de ses travaux de jardinage, ne répond qu'aux questions qu'on lui pose sur Saint-Urbain; ne comprend pas quand on lui parle de Bonneval et de Bicêtre. Or, un instant après il récite à haute voix plusieurs lignes d'un livre qu'il lisait ces jours derniers à Bicêtre même. Après quelques minutes d'état hypnotique, il prend sa crise comme d'habitude. Mais, pour la première fois, il a une phase de délire avec hallucinations terrifiantes. Il voit devant lui la vipère dont le contact lui avait occasionné à Saint-Urbain sa première attaque. Il pousse des cris aigus; il déchire ses vêtements; ses traits sont décomposés. On le calme en lui affirmant qu'on vient de tuer la vipère: « Tiens! là voilà, elle est morte! » Aussitôt sa physionomie se rassure.

Le 14 février. Même état. Il garde toujours le lit pour sa contracture. Disparition à peu près complète de la polypnée. Large plaie à la région malaire gauche; elle résulte de ce que le malade au sortir de ses attaques, se gratte avec fureur de ce côté de la face. En même temps il gémit, présente des bâillements répétés et demande à boire. Inappétence absolue. Il ne prend que quelques gorgées de liquide et vomit sans cesse. Bien qu'il ne maigrisse pas, on tente de le nourrir à la sonde. Le passage du tube œsophagien provoque une crise violente, qui oblige à renoncer à ce moyen. On n'a pas été plus heureux en essayant de le faire manger étant endormi. Un jour, après avoir été hypnotisé par l'occlusion des paupières et la compression des lobes oculaires,

il se mit à table, mangea une côtelette et des légumes, et but du vin. Il vomit le tout dans la crise qui suivit la somnation. Constipation opiniâtre, qui ne le gêne nullement. Il y a 17 jours qu'il n'est allé à la garde-robe.

Le 15 février. L'expérience de l'aphasie provoquée réussissait il y a quelques jours dans les conditions normales, c'est-à-dire qu'en ouvrant l'œil droit, le malade étant hypnotisé et récitant des vers, on supprimait le langage et l'on mettait le côté droit en hémi-catalepsie. Fermait-on la paupière, le malade reprenait sa phrase à la syllabe où il l'avait interrompue, et les membres du côté droit retombaient inertes sur le lit. Si l'on ouvrait l'œil gauche, l'hémi-catalepsie se montrait à gauche et la parole ne se supprimait pas. Or, aujourd'hui la parole s'arrête par l'ouverture de l'œil gauche, qui stupéfie le cerveau droit, comme si le malade parlait avec cet hémisphère. Quand il est réveillé, le malade a un langage impersonnel, enfantin. Il dit, par exemple : « Moi vouloir boire. » Ce langage impersonnel et enfantin existe depuis l'apparition de la contracture. Les aimants, de nouveau appliqués, restent sans autre résultat que de provoquer quelques contractions dans les muscles de la face; la commissure labiale est violemment tirée en dehors et en bas.

Février. On essaie de provoquer le transfert au moyen de la pilocarpine. On lui fait à la cuisse droite, du côté anesthésié, deux injections de 30 grammes chacune de nitrate de pilocarpine. Au bout de quelques minutes, le malade se met à saliver abondamment et bientôt après à transpirer.

Pas de retard de la sudation du côté hémi-anesthésié. Bientôt le visage, le tronc et les membres supérieurs sont couverts de sueur. Mais les jambes restent complètement sèches.

Dans la soirée, l'infirmier s'aperçoit que la contracture du côté droit a disparu, mais qu'en revanche le côté gauche s'est contracturé.

Le 20. A la visite, le bras droit a recouvré ses mouvements

et sa sensibilité. Le côté gauche est hémi-anesthésié et contracturé. Mais la jambe droite est également contracturée. Le malade entend bien, mais voit trouble et ne distingue aucune couleur. La thoracalgie gauche a disparu. Mais il reste là une zone hystérogène dont la pression provoque la crise. Dans la recherche de l'aphasie provoquée, c'est maintenant, et de nouveau, l'œil droit dont l'ouverture détermine l'arrêt de la parole.

Le 21. Les quatre membres sont contracturés. Le transfert obtenu par la pilocarpine a donc fait place à une contracture généralisée. Deux injections de pilocarpine restent sans autre effet que de provoquer la diaphorèse et la salivation.

Le 22. Même contracture des quatre membres. Anesthésie généralisée. Jusqu'ici, on avait inutilement cherché à arrêter les attaques, soit par la pression du testicule, soit par la pression des fosses iliaques ou de la zone d'hyperesthésie, soit par tout autre moyen. On constate aujourd'hui que la pression d'un tendon (tendon d'Achille, tendon rotulien) arrête brusquement la crise et réveille le malade.

Le 25. Limitation de la contracture à droite, comme précédemment.

Mars, avril. V... garde toujours le lit avec sa contracture au côté droit. Les crises sont toujours assez fréquentes. A présent, à la fin de ses attaques, il présente souvent de longues phases d'excitation maniaque, il chante et crie pendant des heures.

Ce qu'il offre de plus spécial, ce sont les modifications de son état mental. Il a, en effet, de véritables accès de folie hystérique, avec hallucinations de la vue, délire partiel, etc. Il se croit enchaîné au lit par la volonté de Charcot et de l'interne de service. Il s'emporle contre eux, les menace de mort, parle de se suicider, et passe quelquefois plusieurs heures à crier, à appeler au secours. On le brûle, on l'enchaîne. Il demande un revolver pour faire justice de ses per-

sécuteurs. Il entre en communication avec des personnes du dehors, à l'aide d'un fil électrique (c'est un simple fil de coton qu'il tient à la main). Ce fil doit empêcher ses persécuteurs de l'approcher; s'ils touchent le fil, ils tombent foudroyés. Son langage est toujours impersonnel et un peu enfantin; il se perfectionne cependant.

L'application de pièces d'or du côté hémi-anesthésié provoque une hyperhémie locale, avec sensation de brûlure, vives démangeaisons, et retour de la sensibilité au point précis de l'application.

Plaque symétrique de l'anesthésie sur l'avant-bras gauche.

Le 17. Hier soir, à 9 heures, le malade a eu une crise légère. A la suite, la contracture du côté droit a disparu. Il s'est endormi, le corps plié, les mains relevées derrière la tête, et a tranquillement somméillé. Le matin il se réveille et demande ses habits à l'infirmier. Il veut aller travailler. Il s'étonne que ses vêtements ne soient pas au pied de son lit. Il croit que l'on vient de les lui cacher par plaisanterie. Il se croit au 26 janvier (jour d'apparition de sa contracture).

On l'amène auprès du chef de service. Il reste ébahi quand on lui fait remarquer que les feuilles sont aux arbres, que le calendrier marque 17 avril, que le personnel du service est modifié, que lui-même ne porte plus aux doigts de piqures d'aiguilles. Il ne se souvient pas d'avoir été contracturé du côté droit. Il est faible sur ses jambes et se dandine en voulant se tenir debout.

La pression dynamométrique de la main droite est plus faible que celle de la main gauche.

L'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle persiste, l'élocution est normale.

Le 1^{er} mai. V... a eu ces jours-ci une ou deux attaques par jour, sans phénomène particulier. Il est calme, s'occupe à coudre et se promène dans la section.

Le 3. Le malade s'hypnotise en regardant une montre. Pendant son sommeil il n'est plus à Saint-Urbain, mais à

Chartres. A la fin de sa crise, idées érotiques, spasme cynique, projection rythmique du bassin en avant. Il n'est pourtant pas en érection et n'a pas d'éjaculation. L'infirmier affirme que dans une crise précédente, suivie semblablement d'un coït imaginaire, l'éjaculation s'est effectuée.

Le 10 juin. Dans la journée d'hier le malade a eu une série de crises. A leur suite la contracture du côté droit est revenue. Le malade est resté plusieurs heures au lit dans l'état où il était du mois de janvier au mois d'avril. Il se croyait au 17 avril. Il parlait impersonnellement, comme alors. Ce matin la contracture a disparu, et V... est dans l'état prime.

Pendant les six derniers mois de l'année V... n'a présenté aucun phénomène nouveau. Son caractère est modifié. Il était doux pendant la période de contracture; il est indiscipliné, taquin, voleur. Il travaille irrégulièrement. Les crises sont toujours assez fréquentes. La contracture ne reparait pas une seule fois, mais l'hémi anesthésie conserve son caractère de stigmatte indélébile. V... garde quelques idées délirantes. Il fuit les médecins par crainte qu'on l'hypnotise.

Le 2 janvier 1885. — Après une séance de somnambulisme provoqué suivie d'une crise, il s'évade de Bicêtre en volant des effets d'habillement et de l'argent à un infirmier, comme lors de son évasion de Bonneval.

CONCLUSIONS

1° L'hystérie existe chez l'homme d'une manière incontestable.

2° Elle est assez fréquente.

3° Elle présente, à peu de chose près, les mêmes symptômes.

4° Les hystériques ont fréquemment des hémoptysies qui, jointes à certains symptômes, peuvent faire croire à de la tuberculose au début.

5° Le diagnostic entre l'hystérie et la tuberculose au début est assez difficile à établir. Il faut pour cela bien connaître les antécédents de son malade ainsi que les symptômes qu'il présente.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LEPOIS (Charles). — XVI^e siècle.
- HOFFMANN (F.). — De morbis hysteric. et hypoc. Halle, 1733, t. III, sect. I, chap. III. De morbo histerico.
- DUBOIS, d'Amiens. — De l'hypochondrie et de l'hystérie, 1837. Paris, in-8.
- DUBOIS, d'Amiens, et BURDIN, — Histoire académique du magnétisme animal, 1841.
- BEAU. — Recherches sur l'épilepsie et l'hystérie. Archives générales de médecine, 1836. Paris, 2^e série, t. XI, p. 328.
- FAVROT. — Thèse, 1844.
- BRACHET. — Traité de l'hystérie, 1847. Paris.
- LANDOUZY. — Traité de l'hystérie. 2^e édition. Paris, 1848.
- VIÉRI. — Cité par Calmeil. De la folie au point de vue historique. Paris, 1845.
- GERMAIN SÉE. — De la chorée et des affections nerveuses en général. Mémoire de l'Académie de médecine. Extrait 1851.
- BRIQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1859.
- CHAIRON. — Hystérie, nature des phénomènes. (Bull. de l'Acad. de méd., 1869, t. XXXIV, p. 736.) Etude clinique sur l'hystérie. Paris, 1870.
- FOET. — Attaque d'hystérie chez un homme, traitée et guérie par la compression des testicules. (Gaz. hebdom., 1874.)
- BERNUTZ. — Article Hystérie. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1874.
- GEORGET. — Article Hystérie. Dict. de méd. en 30 vol., t. XVI, p. 160. Paris, 1837.
- PETIT. — Thèse inaugurale, 1875.
- SIMON (Jules). — Épidémie de tétanie de Gentilly. Progrès médical, 1875.

- BONNEMAISON. — Archives générales de médecine, 1875.
- RICHEL. — Du somnambulisme provoqué. Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1875.
- SIREDEY. — Cité dans la thèse de Petit, 1875.
- CHARCOT. — De la chorée rythmique hystérique. Progrès médical, 1878 et iconographie photographique de la Salpêtrière.
- CHAMBARD. — Cas d'hystérie avec somnambulisme. Revue mensuelle, 1879.
- BRODIE (Sir). — Des affections nerveuses locales Leçons traduites par Douglas Ayre. Progrès médical, 1880.
- RICHER. — Étude descriptive de la grande attaque d'hystérie ou attaque hystéro-épileptique et de ses principales variétés, 1879.
- HEIDENHAIN. — Der sogenannte thierische Magnetismus. Leipzig, 1880.
- KLEIN. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse, 1880.
- OLIER (d'). — Annales médico-psychologiques. 6^e série, t. VI, 1881.
- VOISIN. — Archives de neurologie, n^o 29, vol. X, 1885.
- FÉRÉOL. — Revue médicale française et étrangère, décembre 1885.
- DEBOVE. — Revue médicale française et étrangère, décembre 1885.
- PINEL (Scipion). — Traité de pathologie cérébrale.
- BREUILLARD. — Thèse inaugurale

Vu par le président de la thèse, Vu, bon et permis d'imprimer,
LE FORT. Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES.

Avant-propos	5
Historique.....	6
Étiologie	9
Causes prédisposantes	9
Causes déterminantes.....	13
Symptomatologie.....	15
Formes de l'hystérie chez l'homme.....	15
— convulsives	15
— vaporeuses.....	18
— choréïques	18
— somnambuliques et extatiques.....	20
— cataleptiques et démoniaques.....	21
Phénomènes de l'intervalle des attaques.....	22
Diagnostic.	28
Traitement.....	32
Observation I.....	33
— II.....	37
— III.....	41
Conclusions.....	52
Index bibliographique.....	53

TABLA DES MATIERES

Avant propos	1
Introduction	2
Chapitre I. — Les épidémies	3
Chapitre II. — Les épidémies	4
Chapitre III. — Les épidémies	5
Chapitre IV. — Les épidémies	6
Chapitre V. — Les épidémies	7
Chapitre VI. — Les épidémies	8
Chapitre VII. — Les épidémies	9
Chapitre VIII. — Les épidémies	10
Chapitre IX. — Les épidémies	11
Chapitre X. — Les épidémies	12
Chapitre XI. — Les épidémies	13
Chapitre XII. — Les épidémies	14
Chapitre XIII. — Les épidémies	15
Chapitre XIV. — Les épidémies	16
Chapitre XV. — Les épidémies	17
Chapitre XVI. — Les épidémies	18
Chapitre XVII. — Les épidémies	19
Chapitre XVIII. — Les épidémies	20
Chapitre XIX. — Les épidémies	21
Chapitre XX. — Les épidémies	22
Chapitre XXI. — Les épidémies	23
Chapitre XXII. — Les épidémies	24
Chapitre XXIII. — Les épidémies	25
Chapitre XXIV. — Les épidémies	26
Chapitre XXV. — Les épidémies	27
Chapitre XXVI. — Les épidémies	28
Chapitre XXVII. — Les épidémies	29
Chapitre XXVIII. — Les épidémies	30
Chapitre XXIX. — Les épidémies	31
Chapitre XXX. — Les épidémies	32
Chapitre XXXI. — Les épidémies	33
Chapitre XXXII. — Les épidémies	34
Chapitre XXXIII. — Les épidémies	35
Chapitre XXXIV. — Les épidémies	36
Chapitre XXXV. — Les épidémies	37
Chapitre XXXVI. — Les épidémies	38
Chapitre XXXVII. — Les épidémies	39
Chapitre XXXVIII. — Les épidémies	40
Chapitre XXXIX. — Les épidémies	41
Chapitre XL. — Les épidémies	42
Chapitre XLI. — Les épidémies	43
Chapitre XLII. — Les épidémies	44
Chapitre XLIII. — Les épidémies	45
Chapitre XLIV. — Les épidémies	46
Chapitre XLV. — Les épidémies	47
Chapitre XLVI. — Les épidémies	48
Chapitre XLVII. — Les épidémies	49
Chapitre XLVIII. — Les épidémies	50
Chapitre XLIX. — Les épidémies	51
Chapitre L. — Les épidémies	52
Chapitre LI. — Les épidémies	53
Chapitre LII. — Les épidémies	54
Chapitre LIII. — Les épidémies	55
Chapitre LIV. — Les épidémies	56
Chapitre LV. — Les épidémies	57
Chapitre LVI. — Les épidémies	58
Chapitre LVII. — Les épidémies	59
Chapitre LVIII. — Les épidémies	60
Chapitre LIX. — Les épidémies	61
Chapitre LX. — Les épidémies	62
Chapitre LXI. — Les épidémies	63
Chapitre LXII. — Les épidémies	64
Chapitre LXIII. — Les épidémies	65
Chapitre LXIV. — Les épidémies	66
Chapitre LXV. — Les épidémies	67
Chapitre LXVI. — Les épidémies	68
Chapitre LXVII. — Les épidémies	69
Chapitre LXVIII. — Les épidémies	70
Chapitre LXIX. — Les épidémies	71
Chapitre LXX. — Les épidémies	72
Chapitre LXXI. — Les épidémies	73
Chapitre LXXII. — Les épidémies	74
Chapitre LXXIII. — Les épidémies	75
Chapitre LXXIV. — Les épidémies	76
Chapitre LXXV. — Les épidémies	77
Chapitre LXXVI. — Les épidémies	78
Chapitre LXXVII. — Les épidémies	79
Chapitre LXXVIII. — Les épidémies	80
Chapitre LXXIX. — Les épidémies	81
Chapitre LXXX. — Les épidémies	82
Chapitre LXXXI. — Les épidémies	83
Chapitre LXXXII. — Les épidémies	84
Chapitre LXXXIII. — Les épidémies	85
Chapitre LXXXIV. — Les épidémies	86
Chapitre LXXXV. — Les épidémies	87
Chapitre LXXXVI. — Les épidémies	88
Chapitre LXXXVII. — Les épidémies	89
Chapitre LXXXVIII. — Les épidémies	90
Chapitre LXXXIX. — Les épidémies	91
Chapitre LXXXX. — Les épidémies	92
Chapitre LXXXXI. — Les épidémies	93
Chapitre LXXXXII. — Les épidémies	94
Chapitre LXXXXIII. — Les épidémies	95
Chapitre LXXXXIV. — Les épidémies	96
Chapitre LXXXXV. — Les épidémies	97
Chapitre LXXXXVI. — Les épidémies	98
Chapitre LXXXXVII. — Les épidémies	99
Chapitre LXXXXVIII. — Les épidémies	100